



# Tarpeenmukaiset palvelut kaikille?

## Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Kaakkois-Suomen ja Lapin alueilla

HANNA SAMPOSALO & KRISTIINA KUUSSAARI & TANJA HIRSCHOVITS-GERZ & OLAVI KAUKONEN  
& AIRI PARTANEN & HELENA VORMA

Päihdeasiakkaita kohdataan kaikkialla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Kaakkois-Suomen ja Lapin alueilla havaittiin, että maakunnittainen vaihtelu päihdeasiakkaiden taustan, päihde-ehtoisten asiointien määrän sekä asiointien palvelujärjestelmään kohdentumisen suhteen oli huomattavaa. Toteutuvatko tarpeenmukaiset palvelut kaikille?

.....  
*English summary at the end of the article*

### Johdanto

Valmisteilla olevassa sote- ja maakuntauudistuksessa vastuu päihdepalveluiden järjestämisestä siirtyy maakunnille. Vaikka uudistuksen tavoitteena ovat yhdenvertaiset palvelut kaikille aiempaa laajemmalla väestöpohjalla, tietopohja palveluiden tarpeen, laadun ja vaikuttavuuden arviointiin on vasta kehitteillä. Tietopohjan rakentaminen on yhteiskunnallisesti merkittävä asia, sillä pelkästään alkoholista aiheutui 1,3 miljardin euron kustannukset vuonna 2015 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2016). Tiedetään, että huonosti järjestetty, tarpeet huomioimaton palvelukokonaisuus voi tulla yhteiskunnalle kalliiksi (Leskelä & al. 2013; Simojoki 2016; Simojoki & Kaarne 2016).

Yhtenä lähtökohtana palveluiden arvioinnissa on tämänhetkinen palveluiden käytön arviointi. Yksityiskohtaisemman kuvan saaminen päihteiden vuoksi tapahtuvasta asioinnista nykyisissä palveluissa helpottaa tarpeenmukaisesti tuotettujen palvelujen suunnittelua tulevaisuuden sote-palveluissa. Yksilötasolla palveluiden tarpeen arviointia toteutetaan osana hoito- ja palvelusuunnitelmia. Valtakunnalliseen tai alueelliseen palveluiden tarpeen arviointiin asiakasrekistereistä kumuloituu toistaiseksi kuitenkin niukasti tietoa.

Kapea-alainen, yhteen palvelusektoriin kiinnittyvä tarkastelu voi johtaa perusteettomiin johtopäätöksiin palveluiden tarpeesta ja palveluiden toteutumisesta. Palvelujärjestelmää on tarpeen tarkastella alueellisena kokonaisuutena, jossa päihdehuollon erityispalveluiden lisäksi huomioidaan vähintään alueen muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä kolmannen sektorin toiminta. (Hirschovits-Gerz & al. 2016.) On huomattava, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla pystytään vastaamaan vain osaan yhteiskunnalliseen huono-osaisuuteen liittyvistä tuen tarpeista.

Tässä tutkimuksessa syvennytään tutkimaan palveluiden tarvetta niiden kannalta, jotka ovat tarvinneet ja saaneet palvelua, sekä niiden kannalta, jotka ovat saaneet palvelua, mutta eivät ehkä ole hyötynneet siitä (ks. Ritter & al. 2013). Tutkimuskohteenamme ovat erityisesti päihde-ehdoiset asioinnit ja palveluiden käyttö sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä Etelä-Karjalassa, Kymenlaaksossa ja Lapissa. Artikkelin tavoitteena on kuvata, keitä palvelut tavoittivat ja millaisia palveluita nämä asiakkaat saivat. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa päihdeasiakkaiden toteutuneesta palvelutarpeesta sekä pohdita lopussa palvelujen tarvetta myös osana yhteiskuntapolitiikkaa.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Kuinka paljon maakunnissa oli päihde-ehdoisia asiointeja ja eroavatko maakuntien asiointimäärät toisistaan?
- Missä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä asiointitapahtuivat ja mistä syistä?
- Keitä nämä palvelut tavoittivat ja millaisia palveluita asiakkaat saivat?

## Suomalainen päihdepalvelujärjestelmä

Päihdehuoltolain kolmannessa pykälässä kunta veloitetaan järjestämään päihdehuolto sisältyään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää (Päihdehuoltolaki 1986/41). Päihdepalvelujärjestelmä muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista, erikoissairaanhoidon palveluista sekä päihdehuollon erityispalveluista (mm. A-klinikat, nuorisoseamat, katkaisuhoidot, kuntoutuslaitokset). Ammatillisen hoidon ja kuntoutuksen rinnalla on lisäksi arjen tukea antavaa vertaistukitoimintaa (esim. AA ja NA). Päihdehuollon erityispalveluilla on ollut vahva asema suomalaisessa hyvinvointipolitiikassa, mutta kuntien itsenäisen päätäntävällän vuoksi palvelurakenteet ovat muodostuneet kunnissa hyvin erilaisiksi (Kaukonen 2000). Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä on vakiinnuttanut asemansa suurimmilla paikkakunnilla, mutta pienemmillä paikkakunnilla sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut vastaavat pääosin päihdeongelmaisten palveluista (Stenius & al. 2012).

Päihdeiden käyttäjien palveluiden määrässä ja saatavuudessa on Suomessa alueellisia eroja, jopa niin, että vaihtelu on suurta samankokoisten kaupunkien välillä. Tiedetään, että väestöpohjan koko selittää valtaosan päihde- ja mielenterveyspalveluiden monimuotoisuudesta alueella. Suurissa kaupungeissa palvelut ovat monipuolisempia ja niitä on tarjolla enemmän kuin pienillä paikkakunnilla. (Ala-Nikkola & al. 2014; Ala-Nikkola & al. 2016.) Maakunnittaiset erot palveluiden saatavuudessa näkyvät myös Päihdetapauslaskennan tuloksissa (Kuussaari & al. 2017). Palveluiden saatavuus (Partanen & al. 2014; Mikko & al. 2015) ja hoidon järjestäminen (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015) vaihtelevat niin ikään Suomessa kunnittain varsin paljon.

## Tutkimusmaakuntien valinta

Artikkeli syventyy päihde-ehdoisten asiointien yksityiskohtaiseen tarkasteluun kolmessa maakunnassa: Etelä-Karjalassa, Kymenlaaksossa ja Lapissa. Maakuntatason valinnan taustalla on soteuudistus, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu tullaan antamaan jatkossa maakuntalaissa määritellyille 18 maakunnalle. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisten tehtävien järjestämisen lisäksi maakunnille kuuluu vastuu palvelujen käyttäjien palvelukokonaisuuksien toteuttamisesta. (Hallituksen esitys sote- ja maakuntauudistuksesta 2.3.2017.)

Valinnan taustalla on niin ikään maakuntien kiinnostavuus palvelujärjestelmätutkimuksen näkökulmasta. Tutkimukseen haluttiin mukaan kolme väestömäärältään samankaltaista maakuntaa, jotka kuitenkin eroavat toisistaan joidenkin hyvinvointia ja terveyttä kuvaavien indikaattorien suhteen (taulukko 1).

Etelä-Karjalan maakunnan tekee erityisen mielenkiintoiseksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (Eksote) vuonna 2010 aloitettu päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio (ks. Salmisaari 2015). Lisäksi maakunnassa oli vuonna 2014 Suomen maakunnista kolmanneksi korkein itsemurhakuolleisuus. Kannabiksen käyttö on Etelä-Karjalassa muita tutkimusmaakuntia yleisempää. Kymenlaakso valittiin analyysiin Suomen maakunnista korkeimman alkoholikuolleisuuden vuoksi. Lisäksi maakunnassa korostuu väestöön ja työelämän muutoksiin liittyvä huono-osaisuus ja näköalattomuus, kuten koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 17–24-vuotiaiden ja asunnottomien yksinäisten korkea osuus. Kymenlaaksossa päihdehuollon erityispalveluilla on vakiintuneesti ollut erityisen vahva asema päihdepalvelujärjestelmässä (Tammi & Stenius 2014). Lapin maantieteelliset erityispiirteet, kuten pieni väestötiheys ja pitkät välimatkat, tekevät maakunnasta kiinnostavan palvelujärjestelmätutkimuksen näkökulmasta. Maakunnan tekee mielenkiintoiseksi myös alkoholin ongelmakäyttäjien (AUDIT-C) suuri osuus 20–64-vuotiaiden miesten joukossa. (taulukko 1.)

Kaikkia tutkimusmaakuntia yhdistää korkea työttömien ja työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus suhteessa koko maan tilanteeseen sekä sijainti Suomen itä- ja/tai länsirajalla.

*Taulukko 1. Tutkimusmaakunnat erilaisten väestöä ja sen hyvinvointia kuvaavien indikaattoreiden valossa vuonna 2015*

Indikaattori	Etelä-Karjala	Kymenlaakso	Lappi	Koko maa
Väestötiheys (as./km <sup>2</sup> )	24,49	34,66	1,94	18,1
Väestö (Ind. 127) <sup>1</sup>	131 155	178 688	180 858	5 487 308
Miehiä, %	49,6	49,3	50,2	49,2
65 vuotta täyttäneet väestöstä, % (Ind. 1068) <sup>1</sup>	25	25,2	22,6	20,5
Alkoholiiä käyttävien osuus <sup>2</sup> , % (Ind. 4412) <sup>1</sup>	33,7	37,2	38,9	33,2
20–64-vuotiaat naiset, %	27	31,2	30,4	26,2
20–64-vuotiaat miehet, %	39,9	43,1	47,2	40
Alkoholikuolleisuus/100 000 asukasta (Ind. 3105) <sup>1</sup>	44,1	45,2	19,9	30,4
Kannabista 12 viime kuukauden aikana käyttäneet 20–64-vuotiaat, % (Ind. 4551) <sup>1</sup>	3,7	2,8	0,6	4,4
Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17–24-vuotiaat vastaavan ikäisestä väestöstä, % (Ind. 3219) <sup>1</sup>	7,3	10,7	7,4	8,3
Työttömät työvoimasta, % (Ind. 181) <sup>1</sup>	15	16,2	16,7	13,4
Työkyvyttömyyseläkettä saavat 16–64-vuotiaista, % (Ind. 2424) <sup>1</sup>	7,3	8,1	8,9	6,4
Asunnottomat yksinäiset / 1000 asukasta (Ind. 2618) <sup>1</sup>	0,4	0,9	0,4	1,2
Itsemurhakuolleisuus /100 000 asukasta (Ind. 3106) <sup>1</sup>	17,5	11,2	10,5	13,3

<sup>1</sup> Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi (2015)

<sup>2</sup> AUDIT-C

## Aineisto ja menetelmät

Artikkeli pohjautuu Päihdetapauslaskenta 2015 -aineistoon. Laskennassa kerätään yhden vuorokauden aikana tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä tapahtuvasta päihde-ehdoisesta asiointista. Päihde-ehdoisella asiointilla tarkoitetaan kaikkia niitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tapahtuneita asiointoja, joissa henkilökunta arvioi palvelua käyttävän henkilön 1) olevan päihdeiden ongelmakäyttäjäksi, 2) hakevan apua päihtyneenä tai 3) hakevan apua päihdeiden kertakäyttöön liittyvän haitan vuoksi (esim. tapaturma). On huomioitava, että sama asiakas on saattanut asioida laskentavuorokauden aikana useammassa eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Asiointi ei näin ollen tarkoita välttämättä samaa kuin yksittäinen asiakas. (Kaukonen 2000.)

Tiedot kerätään anonymisoidulla lomakekyselyllä, ja niiden kirjaamisesta vastaa työnteekijä. Vuonna 2015 lomake oli mahdollista täyttää ja palauttaa

paperisen lomakkeen lisäksi sähköisesti. Kyselylomakkeessa tiedustellaan palvelua antavaa toimintayksikköä ja sen sijaintikuntaa, asiakkaan kotikuntaa ja muita sosiodemografisia taustatietoja, käytettyjä päihde- ja lääkkeitä sekä tietoja avo- ja laitospalveluihin liittyen.<sup>1</sup> Päihdetapauslaskenta on toteutettu neljän vuoden välein vuodesta 1987 lähtien, ja se toteutetaan aina lokakuun toisena tiistaina. (Kaukonen 2000; Kuussaari & al. 2017.) Vuoden 2015 Päihdetapauslaskennassa saatiin laskentavuorokauden aikana tietoja 10 650 päihde-ehdoisesta asiointista (Kuussaari & al. 2017).

Artikkelin aineisto on muodostettu Etelä-Karjalan, Kymenlaakson ja Lapin maakunnissa sijaitsevista sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköistä sekä niissä tapahtuneista päihde-ehdoisista asioinneista, joissa asiakkaan kotipaikkakunta on niin ikään sijainnut edellä mainitulla tutkimus-

<sup>1</sup> Lomake löytyy osoitteesta [www.thl.fi/paihdetapauslaskenta](http://www.thl.fi/paihdetapauslaskenta).

alueella. On huomioitava, että keskitettyjen palveluiden käyttö jää joiltain osin puuttumaan aineistosta (mm. A-klinikkasäätiön Päihdesairaalasta sekä erä-alueen keskitetyt palvelut Kaakkois-Suomessa).

Asiakkaan kotikunta on muuttujana kaikissa analyyseissa. Tässä artikkelissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on jaettu kolmeen tyyppiin: yleisiin terveydenhuollon palveluihin, sosiaalipalveluihin ja päihdehuollon erityispalveluihin. Tapausmäärältään pienen aineiston analysoinnin mielekkyyden vuoksi asumispalvelut, kuten vanhusten asumisyksiköt, psykiatrian ja päihdehuollon asumispalveluyksiköt sekä muut asumispalvelut, on yhdistetty osaksi sosiaalipalveluja.

Analysoinnissa käytetään kuvailevia tilastollisia menetelmiä, kuten frekvenssejä ja ristiintaulukointeja. Lisäksi muuttujien välistä riippuvuutta tarkastellaan soveltuvien  $\chi^2$ -testillä ja varianssianalyyseillä. Aineiston analyysit on tehty SPSS-tilasto-ohjelman versiolla 23.0. Tulokset esitetään maakunnittain ja koko maan tuloksia hyödynnetään artikkelissa soveltuvien osin.

## Katoanalyysi

Päihdetapauslaskennan kadon arvioiminen on haastavaa (Kuussaari & al. 2012; Nuorvala & al. 2008). Suomessa ei ole käytössä kattavaa sosiaali- ja terveydenhuollon ajantasaista osoiterekisteriä, joten tiedot julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluista on koottu osoitetietokannaksi erilaisista lähteistä.<sup>2</sup> Muodostettu osoitetietokanta sisältää kaikkiaan 11 660 yksikön osoitteet. (Kuussaari & al. 2017.)

Tämän artikkelin katoa pyrittiin analysoimaan tutkimusmaakunnittain osoitetietokannan ja las-

kennassa kertyneen aineiston avulla. Tutkimusalueen osoitetietokanta sisälsi 957 yksikön osoitteet. Päihdetapauslaskennan kyselylomakkeen jätti palauttamatta 582 yksikköä: 171 yksikköä Etelä-Karjalassa, 180 yksikköä Kymenlaaksossa ja 231 yksikköä Lapissa. Vastaamattomista yksiköistä suurin osa kuului sosiaalipalveluihin, kun koko tutkimusalue ja tutkimusmaakunnat huomioidaan erikseen. Päihdetapauslaskennan lomakkeen palauttamatta jättäminen oli yleistä erityisesti erilaisissa asumispalveluyksiköissä. Päihdehuollon erityispalveluyksiköistä lomake palautui sen sijaan hyvin. Osoitetietojärjestelmän mukaan vain seitsemän päihdehuollon erityispalveluyksikköä jätti osallistumatta laskentaan koko tutkimusalueella.

Tutkimusalueelta palautui 382 kyselylomaketta, joissa ilmoitettiin, että kyseisessä yksikössä ei ollut päihdetapauksia laskentavuorokauden aikana. Valtaosaltaan nämä lomakkeet palautuivat sosiaalipalveluiden yksiköistä, erityisesti erilaisista asumispalveluyksiköistä.

On huomattava, että osoitetietokannassa voi olla päällekkäisyyttä. Lisäksi yksiköiden vaihtelevista kirjauskäytännöistä johtuen tarkkaa tietoa laskentaan osallistuneiden ja osallistumattomien yksikön lukumäärästä ei voida esittää. Päihdetapauslaskentaan liittyvän aktiivisen tiedottamisen ansiosta kyselylomakkeita palautui toisaalta yksiköistä, jotka eivät sisällyneet osoitetietokantaan.

Katoanalyysin tueksi toteutettiin kussakin tutkimusmaakunnassa yksi tai useampia asiantuntijatapaamisia, joissa kuultiin maakunnan päihdepalvelujärjestelmän tuntevia edustajia laskennan antamasta kuvasta sekä kadosta.

Tapaamisissa selvitettiin, mitkä asiakasryhmät ovat asiantuntijoiden näkökulmasta todennäköisesti jääneet Päihdetapauslaskennan ulkopuolelle kussakin tutkimusmaakunnassa. Asiantuntijat arvioivat, että laskenta ei tavoita isona ryhmänä työssäkäyviä, sillä he asioivat pääsääntöisesti työterveyshuollon palveluissa. Tässä joukossa arveltiin kuitenkin olevan palveluita mahdollisesti tulevaisuudessa tarvitsevia. Naisten nähtiin jäävän miehiä todennäköisemmin laskennan ulkopuolelle; naisten osuus päihdeasiakkaista arvioitiin hieman suuremmaksi kuin aineistosta saadut tulokset osoittivat. Etelä-Karjalassa nostettiin lisäksi esiin syrjäytyneet, joiden tavoittaminen laskennan keinoin nähtiin ongelmallisena. Heidän katsottiin jäävän todennäköisemmin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ulkopuolelle, koska heidän tavoittamisensa on hankalaa. Kymenlaaksossa

<sup>2</sup> Toimipaikkatietojen ajankohtaisuuden varmistamiseksi osoitetietorekisteriä verrattiin THL:n ylläpitämän sote-organisaatiorekisterin tietoihin. Tämän jälkeen rekisteriä verrattiin ja sitä päivitettiin THL:n huumehoidon tiedonkeruuseen osallistuneiden toimipaikkojen tiedoilla, Valviralta saaduilla yksityisten sosiaalipalveluiden tiedoilla, A-klinikkasäätiöltä saaduilla toimipaikkatiedoilla, Sininauhaliiton, Mielen terveyskuntoutujien keskusliiton sekä A-kiltojen liiton tiedoilla päiväkeskustoiminnasta sekä Kirkkohallituksen tiedoilla seurakuntien diakonia- ja perhetyön toimipaikoista. Lisäksi kaikista yli 100 000 asukkaan kunnista pyydettiin ajankohtaiset tiedot sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Kuntien sosiaalipalvelujen osalta tietoja tarkistettiin Sosiaali- ja terveydenhuollon hakemiston 2015 sekä kuntien nettisivujen avulla. Lisäksi tarkistettiin suurimpien yksityisten terveyspalveluiden tuottajien toimipaikkatiedot.

arvioitiin, että katoa syntyy iäkkäiden ja muistisairaiden osalta. Heidän tunnistamisensa esimerkiksi kotihoidon palveluissa nähtiin haasteellisenä. Lapissa yksittäisinä laskennan ulkopuolelle jääneinä ryhminä mainittiin alkoholia käyttävät nuoret sekä maahanmuuttajataustaiset päihdeiden käyttäjät. Yhteisenä huolena kaikissa tutkimusmaakunnissa oli päihdeasiakkaan tunnistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. (Suullinen tiedonanto.)

Asiantuntijatapaamiset tallennettiin ja tietoja hyödynnetään soveltuvin osin tässä artikkelissa.

## Tulokset

### Päihde-ehdotin asiointi maakunnissa

Tutkimusmaakunnissa kirjattiin vuoden 2015 Päihdetapauslaskennassa vuorokauden aikana 798 päihde-ehdotin asiointia. Asioinneista yli 95 prosentissa asiakas oli päihdeiden ongelmakäyttäjä. Päihde-ehdotin asiointien määrät vaihtelevat maakunnittain. Eniten väestöön suhteutettuja päihde-ehdotin asiointeja oli Kymenlaaksossa, jossa laskentavuorokauden aikana tehtiin 26 asiointia 10 000 asukasta kohden. Etelä-Karjalan ja Lapin maakunnissa väestöön suhteutettuja päihde-ehdotin asiointeja oli vastaavasti noin 11. Koko maassa päihde-ehdotin asiointeja kirjattiin 10 650 eli 19,4 asiointia 10 000 asukasta kohden. (Taulukko 2.)

### Päihde-ehdotin asioinnit sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä päihdehuollon erityispalveluissa

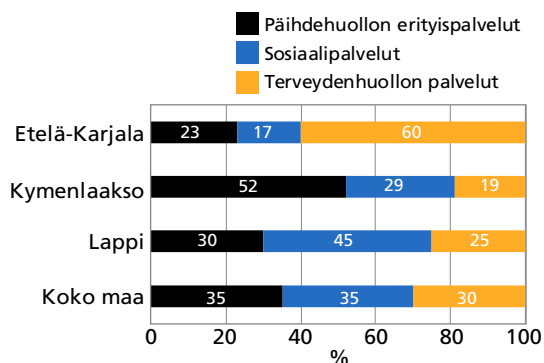
Kuviossa 1 näkyy, kuinka päihde-ehdotin asioinnit ovat kohdistuneet sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin hyvin eri tavalla maakunnasta riippuen. Lapissa päihde-ehdotin asioinnit kohdistuivat tasaisemmin koko palvelujärjestelmään ja vastasivat lähinnä valtakunnallista tilannetta, jossa päihde-ehdotin asioinnit jakautuivat tasaisesti päihdehuollon erityispalveluihin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Kaakkois-Suomessa asioinneille oli sen sijaan tyypillistä, että ne painottuivat selvemmin yhteen palvelujärjestelmän osaan: Etelä-Karjalassa terveydenhuollon palveluihin ja Kymenlaaksossa päihdehuollon erityis-

palveluihin. Palvelujärjestelmän yksikkötasoinen tarkastelu osoitti, että päihdehuollon erityispalveluihin kohdistuneet päihde-ehdotin asioinnit painottuivat

*Taulukko 2. Päihde-ehdotin asioinnit laskentavuorokauden aikana vuonna 2015 tutkimusmaakunnissa ja koko maassa*

Maakunta	Asioinnit 2015 (N= 798)	Väestöön suhteutetut asioinnit / 10 000 asukasta
Etelä-Karjala	141	10,8
Kymenlaakso	465	26,0
Lappi	192	10,6
Koko maa	10 650	19,4

Kymenlaaksossa A-klinikalle sekä päivakeskustoimintaan ja Lapissa A-klinikalle. Maakunnat erosivat toisistaan päihde-ehdotin asiakkaiden kohtaamisessa eritoten sosiaalipalveluissa. Lapissa sosiaalipalveluiden asioinnit kohdistuvat sosiaalitoimistoon, kun Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa ainoastaan yksittäisiä asiointeja kirjautui sosiaalitoimistoihin. Kymenlaaksossa päihde-ehdotin asioinnit kohdistuvat sosiaalipalveluissa sen sijaan päihdehuollon asumispalveluyksikköihin ja Etelä-Karjalassa kotihoidon palveluihin. Terveysterveyspalveluiden integroinnissa näkyy päihde-ehdotin asiointien kohdentumisena yhdistettyihin päihde- ja mielen-terveyspalveluihin. Vastavaa integroitujen palveluiden kokonaisuutta ei näkynyt muissa tutkimusmaakunnissa. Kymenlaaksossa terveydenhuollon palveluissa päihde-ehdotin asiointeja kirjattiin eniten psykiatrian poliklinikoilla ja osastoilla. Lapissa asioinnit keskittyivät terveyskeskusten avopalveluihin ja vuodeosastoi-



*Kuvio 1. Päihde-ehdotin asiointien jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tutkimusmaakunnissa ja koko maassa 2015 (%).*

Laskentavuorokauden aikana maakunnissa kirjatuista päihde-ehdoisista asioinneista suurin osa kohdistui avopalveluihin. Osuus oli suurin Kymenlaaksossa (70 %) ja hieman alhaisempi Etelä-Karjalassa (67 %) ja Lapissa (68 %). Avopalveluiden osuus oli tutkimusmaakunnissa hieman korkeampi kuin koko maassa (64 %) (ks. Kuussaaari & al. 2017).

### Päihde-ehdoisten asiointien syyt maakunnissa

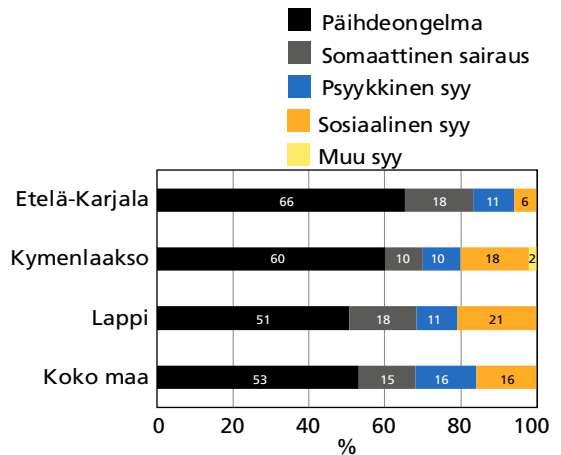
Kuviossa 2 esitetään päihde-ehdoisten asiointien ensisijaiset syyt maakunnittain sekä koko maassa. Asiakkaan päihdeongelma oli ensisijainen asiointisyys kaikissa tutkimusmaakunnissa. Sosiaalisen syyn vuoksi ensisijaisesti asiointi vaihteli maakunnissa Etelä-Karjalan kuuden prosentin ja Lapin 21 prosentin välillä. Tutkimusmaakunnissa psyykkinen syy oli koko maan tilanteeseen verrattuna harvemmin asioinnin ensisijaisena syynä. (Kuvio 2.)

### Päihde-ehdoisesti asioivat asiakkaat maakunnittain

Taulukosta 3 nähdään, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä tavoitti laskentavuorokauden aikana tutkimusmaakunnissa pääsääntöisesti miehiä. Asiakkaiden keski- ja mediaani-ikä olivat noin 50 vuotta kaikissa kolmessa tutkimusmaakunnassa. Päihdeasiakkaiden pääasiallinen toiminta erosi tutkimusmaakunnissa tilastollisesti merkitsevästi ( $p < 0,05$ ). Ansiotyössä käyvien osuus vaihteli Kymenlaakson viiden prosentin ja Etelä-Karjalan 10 prosentin välillä. (Taulukko 3.)

Asiakkaan asumistilanne erosi tutkimusmaakunnissa niin ikään tilastollisesti merkitsevästi ( $p < 0,05$ ). Valtaosa asiakkaista asui omistusasunnossa, vuokralla tai alivuokralaisena. Tukiasunnossa asuminen oli kuitenkin yleisempää Kymenlaaksossa ja Lapissa kuin Etelä-Karjalassa. Kokonaan vailla asuntoa oli Lapin maakunnan päihdeasiakkaista viisi prosenttia ja Kymenlaakson päihdeasiakkaista neljä prosenttia. Lappilaisista asiakkaista joka neljännellä oli alle 18-vuotias lapsi. Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa alaikäisen lapsen vanhempien osuus oli hieman matalampi. (Taulukko 3.)

Vain alkoholia viimeisen 12 kuukauden aikana käyttäneet asiakkaat erosivat toisistaan tutkimusmaakunnittain tilastollisesti merkitsevästi ( $p < 0,01$ ). Niin ikään asiakkaat erosivat toisistaan maakunnittain jonkin laittoman huumeen käytön osalta ( $p < 0,01$ ) sekä elämänaikaisen huu-



Kuvio 2. Päihde-ehdoisten asiointien ensisijainen syy tutkimusmaakunnissa ja koko maassa 2015 (%).

meiden pistokäytön osalta ( $p < 0,01$ ). Vain alkoholia käyttäneiden asiakkaiden osuus oli suurin Etelä-Karjalassa ja pienin Kymenlaaksossa. Laittoman huumeen käyttö oli yleisintä Kymenlaaksossa. Niin ikään Kymenlaaksossa yli puolet asiakkaista oli käyttänyt elämänsä aikana huumeita pistämällä. Etelä-Karjalassa useampi kuin joka viides asiakas oli päihtynyt asioidessaan. Kymenlaaksossa ja Lapissa päihtyneenä asiointi oli vähäisempää. (Taulukko 3.)

Kymenlaaksossa asiakkaan uhkaava tai väkivaltainen käytös palveluyksikössä laskentavuorokauden aikana tai aiemmin asioidessa oli muita maakuntia yleisempää, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Maakunnittain tarkasteltuna asiakkaat erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi jonkin muun kuin päihdeiden käyttöön liittyvän ja lääkärin toteaman mielenterveyden häiriön osalta ( $p < 0,01$ ). Lapin maakunnassa yli 60 prosentilla asiakkaista oli diagnosoitu mielenterveyden häiriö. Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson maakunnissa vastaava mielenterveyden häiriöiden osuus oli jonkin verran matalampi. (Taulukko 3.)

### Päihde-ehdoiseen asiointiin liittyvät palvelut

Päihde-ehdoiseen asiointiin liittyi useampia palveluita. Kaikki kolme tutkimusmaakuntaa huomioiden, lähes 40 prosenttia asiakkaista sai apua elämänhallintaan. Lähes joka kolmannen asiointiin liittyi lääkehoito (muu kuin opioidiriippuvuuden korvaushoito) ja neljänneksen kanssa selviteltiin asiakkaan päihdetilannetta. (Taulukko 4.)

Maakunnittain tarkasteltuna Etelä-Karjalassa

Taulukko 3. Päihde-ehdoisten asiakkaiden taustatietoja tutkimusmaakunnissa vuonna 2015 (%)

	Etelä-Karjala (n=141)	Kymenlaakso (n=465)	Lappi (n=192)
<b>Asiakkaan ikä (vuosi)</b>			
Asiakkaan keski-ikä	48 vuotta	49 vuotta	49 vuotta
Nuorin asiakas	15-vuotias	15-vuotias	17-vuotias
Vanhin asiakas	83-vuotias	90-vuotias	86-vuotias
<b>Asiakkaan sukupuoli (%)</b>			
Mies	71	75	74
<b>Asiakkaan pääasiallinen toiminta (%),*<sup>1</sup></b>			
Ansiotyössä	10	5	7
Työttömänä	34	40	41
Eläkkeellä	37	45	42
Muu toiminta	19	10	10
<b>Asiakkaan asumistilanne (%),*<sup>1</sup></b>			
Omistusasunto tai vuokra-asunto	75	71	70
Tukiasunto	9	17	17
Kokonaan vailla asuntoa	1	4	5
Muu asumismuoto <sup>2</sup>	14	8	8
Asiakas on avo- tai avioliitossa (%)	20	21	18
Asiakkaalla on alle 18-vuotiaita lapsia (%)	21	21	25
Asiakas oli päihtynyt asioidessaan (%)	21	13	15
Asiakas on käyttänyt viimeisen 12 kk aikana vain alkoholia (%),** <sup>1</sup>	60	47	56
Asiakas on käyttänyt jotakin laitonta huumetta viimeisen 12 kk aikana (%),** <sup>1</sup>	33	42	29
Asiakas on käyttänyt elämänsä aikana jotain huumetta pistämällä (%),** <sup>1</sup>	36	51	39
Asiakkaalla on todettu uhkaavaa/väkivaltaista käytöstä <sup>3</sup> (%)	10	17	13
Asiakkaalla on mielenterveyden häiriö <sup>4</sup> (%),** <sup>1</sup>	46	46	62

\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01

1  $\chi^2$ -testi tai varianssianalyysi

2 Asuminen mm. asuntolassa, yhteismajoituksessa tai vanhempien luona

3 Tutkimusvuorokauden aikana tai aiemmin kyseisessä toimintayksikössä

4 Jokin muu kuin pähteiden käyttöön liittyvä lääkärin toteama mielenterveyden häiriö

asiakkaalle yleisimmin laskentavuorokauden aikana annettu palvelu liittyi päihdetilanteen selvittelyyn, lääkahoitoon, somaattiseen tutkimukseen tai hoitoon ja terapeutin keskusteluun. Kymenlaaksossa päihde-ehdoiseen asiointiin liittyi puolestaan erityisesti asiakkaan avustaminen elämänhallintaan liittyen, mutta myös lääkahoito, päihdetilanteen selvittely ja avustaminen muissa sosiaali-

sisä ongelmissa nousivat esille asiakkaalle annetuissa palveluissa. Lapissa yleisimmin annetut palvelut olivat niin ikään avustaminen elämänhallinnassa, lääkahoito, päihdetilanteen selvittely ja somaattinen hoito tai tutkimus. (Taulukko 4.)

Koko tutkimusalue huomioiden, harva päihde-ehdoinen asiakas oli ohjattu saamaan palvelua muualle (taulukko 4).

*Taulukko 4. Päihdeasiakkaille yleisimmin annetut palvelut laskentavuorokauden aikana tutkimus-  
maakunnissa (%)*

Palvelu*	Koko tutki- musalue (n= 798)	Etelä-Karjala (n=141)	Kymenlaakso (n=465)	Lappi (n=192)
Avustaminen elämänhallintaan liittyen	36	20	43	30
Lääkehoito, muu kuin opioidiriippuvuuden	32	31	36	24
Päihdetilanteen selvittely	25	33	25	21
Terapeuttinen keskustelu	21	25	21	19
Avustaminen muissa sosiaalisissa ongelmissa	19	11	24	13
Somaattinen tutkimus ja hoito	18	26	16	20
Toimeentuloturva-asian hoitaminen	15	6	15	19
Opioidiriippuvuuden korvaushoito	13	11	16	10
Pitkäaikainen laitostuntoutus	13	8	14	13
Psykiatrinen tutkimus ja hoito	11	11	11	8
Katkaisuhoito	8	13	6	12
Mini-interventio	3	6	3	3
Ohjattu muualle	2	1	2	3

\*Asiakkaalle on voitu antaa laskentavuorokauden aikana useampaa kuin yhtä palvelua.

## Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen keskeisimmät havainnot olivat päihde-ehtoisten asiointien huomattava määrän vaihtelu maakunnittain sekä asiointien toisistaan poikkeava kohdentuminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Eroja nähtiin myös maakuntien välillä asiakkaiden taustatiedoissa, elämäntilanteessa ja päihteiden käytössä. Valtaosassa asioinneista asiakas oli päihteiden ongelmakäyttäjä.

Päihde-ehtoisten asiointien määrät vaihtelivat Kymenlaakson 26:sta Etelä-Karjalan ja Lapin 11 asiointiin 10 000 asukasta kohden. Koko maan päihde-ehtoisten asiointien keskiarvo vuonna 2015 oli 19,4, mikä oli alempi kuin vuoden 2011 Päihdetapauskannassa (21,3 asiointia 10 000 asukasta kohden). Tässä selvityksessä mukana olleista maakunnista päihde-ehtoisten asiointien vähentymistä oli tapahtunut Etelä-Karjalassa. (Kuussaari & al. 2017.) Muutos voi kertoa niin palveluiden tarpeesta kuin palvelujärjestelmässä tapahtuneista muutoksista.

Päihde-ehtoiset asioinnit painoutuivat tutkimusmaakunnissa eri palvelutyyppeihin. Etelä-Karjalassa asioinnit kohdentuivat yleisiin terveydenhuollon palveluihin, kun taas Kymenlaaksossa asioinnit painoutuivat päihdehuollon erityis-

veluihin sekä tässä tutkimuksessa sosiaalipalveluiden alle sijoitettuihin päihdehuollon asumisyksiköihin. Kymenlaaksossa, etenkin Kotkan ja Haminan alueella A-klinikkasäätiöllä on perinteisesti ollut vahva rooli päihdehuollon erityispalveluiden tuottajana (Hirschovits-Gerz & al. 2016; Tammi & Stenius 2014). Tämä näkyi Kymenlaakson päihde-ehtoisten asiointien painottumisena A-klinikan toimintayksiköihin. Lapissa asioinnit kohdistuivat tasaisemmin koko palvelujärjestelmään, vaikkakin painottuen sosiaalipalveluihin. Sosiaalipalvelupainotteisuus on suomalaiselle päihdepalvelujärjestelmälle ominaista (Kekki & Partanen 2008). Käsite *sosiaalipalvelut* viittaa päihdetyössä yhtäältä sosiaalityöhön ja toisaalta päihdeongelmaan kytkeytyvien muiden ongelmien, kuten toimeentulotuen, asumisen ja palveluiden maksusitoumusten hoitoon (Oksanen 2009; Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2016).

Viime vuosina useat kunnat ovat toteuttaneet päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatiota mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti (Stenius & al. 2015). Tämä näkyi Etelä-Karjalassa, jossa laskentavuorokauden aikaisista asioinneista valtaosa kohdistui terveydenhuollon yhdistettyihin päihde- ja mielenterveyspalveluihin. Tulos oli odotettavissa, koska päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatiota on toteutettu Etelä-Karjalassa jo usean vuoden ajan (Salmisaari 2015).



Yli puolessa päihde-ehdoista asioinneista palvelujen käytön ensisijainen syy oli päihdeongelma. Terveyspainotteinen päihdepalvelujärjestelmä näytti kiinnostavan huomiota terveydellisiin, sosiaalipainotteinen sosiaalisiin ongelmiin. Etelä-Karjalassa asoinnin ensisijainen syy painottui päihdeongelman jälkeen somaattisiin sairauksiin. Kymenlaaksossa puolestaan sosiaalisiin syihin, mihin viittaa myös sosiaalisen huono-osaisuuden korostuminen Kymen alueella (vrt. taulukko 1). Lapis-  
sa nämä molemmat olivat lähes yhtä usein päihdeongelman jälkeen asoinnin ensisijainen syy. Palveluiden käyttöä ohjaa palveluiden kysyntä ja tarjonta. Palveluiden kysyntä on asiakaslähtöistä ja ohjautuu sinne, mistä on todennäköisintä saada apua. Palvelujen tarjonta on puolestaan organisaatiolähtöistä, jolloin palvelut toteutetaan esimerkiksi palvelun sisällön tai henkilöstön resurssien pohjalta. Näin ollen maakuntien palvelujärjestelmien palvelumuodot voivat vaikuttaa sekä palveluihin hakeutumisen syihin että siihen, miten kysyntään vastataan.

Päihdeongelmien moniulotteisuuden vuoksi varsinaisen päihdeongelman tutkimuksen ja hoidon rinnalla hoidetaan myös sosiaalisia, somaattisia ja psyykkisiä ongelmia. Päihdeasiakkaiden monenlaisten palvelujen tarve nousee esille myös aiemmista tutkimuksista (Lönngqvist & al. 2012; Leskelä & al. 2013; Mäkelä & al. 2017). Tässä tutkimuksessa asiakkaan avustaminen elämänhallintaan liittyen oli yleisimmin päihde-ehdoiseen asiointiin ilmoitettu palvelu. Palveluista somaattiset tutkimukset ja hoito nousivat esille erityisesti Etelä-Karjalassa, jossa päihdehoito oli integroitu psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Tämä ei kuitenkaan näyttänyt lisäävän psykiatrisen tutkimuksen ja hoidon määrää kahteen muuhun tutkimusalueeseen verrattuna. Lapis-asiointiin liittyi odotettua vähemmän suoranaisia sosiaalipalveluita, vaikka asoinnit painottuivat palvelujärjestelmässä sosiaalipalveluiden suuntaan.

Merkillepantavaa on, että varsin pieni osuus asioinneista liittyi päihdehäiriön hoitoon. Suunnitelmalliseen hoitoon viittaavaa mini-interventiota annettiin yksittäisille asiakkaille ja terapeutisia keskusteluja Etelä-Karjalassa neljännekselle, muissa maakunnissa viidennekselle asiakkaita. Kolmasosassa asioinneista palveluun liittyi läkehoitoa, mutta aineisto ei mahdollista sen selvittämistä, millaiseen terveysongelman hoitoon läkehoito oli tarkoitettu. Somaattisen ja psykiatrisen tutkimuksen sekä hoidon osuus vastasi paremmin

ilmoitettua palveluihin hakeutumisen syytä. Kun yli puolessa päihde-ehdoista asioinneista palvelujen käytön ensisijainen syy oli päihdeongelma, päihdehäiriön hoitoon kohdistuneiden palveluiden osuutta voidaan pitää pienenä.

Päihdetapauslaskenta tavoitti pääasiassa keski-ikältään noin 50-vuotiaita miehiä. Etelä-Karjalassa laskenta tavoitti useammin vain alkoholia käyttäviä, keskimäärin nuorempia, naisia sekä vähemmän asunnottomia kuin Kymenlaaksossa ja Lapis-  
sa. Kymenlaaksossa laskenta taas tavoitti huumeiden käyttäjiä sekä huumeiden pistokäyttäjiä. Lapin alueella laskennassa nousivat esille erityisesti päihdeasiakkaiden muut kuin päihteiden käyttöön liittyvät, lääkärin toteamat mielenterveyshäiriöt sekä alaikäisten lasten vanhemmuus. Ansio-  
työhön kiinnittyneitä oli eniten Etelä-Karjalassa.

Päihdetapauslaskennan tuottamalla tiedolla on rajoituksensa. Tutkimusmaakuntien välillä voi olla eroja päihde-ehdoisten asiointien raportoinnissa eri toimintayksiköissä. Päihde-ehdoiset asiakkaat saattavat niin ikään jäädä tunnistamatta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Päihteitä kaikkein ongelmallisimmin käyttävät jäävät todennäköisesti monien palveluiden ja siten aineiston ulkopuolelle. On huomattava, että Päihdetapauslaskenta tavoittaa vain ne päihde-ehdoiset asoinnit, joissa työtekijä kohtaa asiakkaan. Näin ollen esimerkiksi tutkimusalueella vuosina 2015–2016 kokoon-  
tuneiden 42 AA-ryhmän ja viiden NA-ryhmän toiminta jäi laskennan ulkopuolelle.<sup>3</sup> Päihdetapauslaskenta ei näytä tavoittavan erityisen hyvin työelämässä mukana olevia päihde-ehdoisia asiakkaita, vaikka esimerkiksi alkoholin ongelmakäyttäjien tiedetään valtaosaltaan olevan mukana työelämässä (Kivistö & al. 2014; Bennett & al. 2016).

Kadosta huolimatta laskenta tavoittaa päihteiden käytön takia palveluita käyttävät paremmin kuin väestökyselyt. Kun palveluiden käyttöä nimenomaan päihteiden käytön vuoksi on kysytty Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (ATH), on vastanneita vain pieni joukko verrattuna Päihdetapauslaskennan tavoittamaan joukkoon. Erityisen hyvin laskenta tavoittaa päihteiden ongelmakäyttäjät sekä kuvaa heidän palveluntarvettaan. Katoanalyysi vahvistaa havaintoa siitä, että päihde-ehdoiset asoinnit tavoitetaan etenkin päihdehuollon erityispalveluissa. Rekisteritietoihin verrattuna Päihdetapauslas-

3 Lisätietoa ryhmien toiminnasta löytyy osoitteista <http://www.aa.fi> ja <http://www.nasuomi.org>.

kennassa saadaan lisäksi kerättyä toisen tyyppistä tietoa niin päihde-ehdoista asioinneista, asiakkaiden päihteiden käytöstä kuin asiakkaiden sosiodemografisista taustatekijöistäkin. Kaiken kaikkiaan neljän vuoden välein toteutettava laskenta on havaittu hyväksi menetelmäksi tuottaa poikkileikkaustietoa päihdeasiakkaiden asioinneista yhden vuorokauden aikana sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä (Kuussaari & al. 2012).

Tieto päihde-ehdoista asioinneista kohdentuu nyt maakunnasta riippuen varsin erityyppisiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköihin. Onkin syytä pohtia, onko palveluiden käytöstä saatu tieto joiltain osin puutteellista, jolloin erot eivät kuvaisi todellisia palvelujärjestelmässä esiintyviä eroja vaan eroja tiedon tuottamisessa. Mikäli palveluntarpeet eroavat maakunnittain tosiasiallisesti näin merkittävästi, on huomioitava, että tällöin myös tarvittavien erityyppisten palvelujen määrä vaihtelee maakunnittain. Päihdetapauslaskennan aineiston analyysi haastaa kehittämään alueellisia palvelujärjestelmiä ja tekemään palveluvalikot näkyviksi. Päihdeongelmaisia ja päihtyneitä kohdetaan ja hoidetaan eri puolella palvelujärjestelmää ja päihdetyön riittävä osaaminen ongelman tunnistamiseksi ja hoitamiseksi tulee taata jatkossakin.

Päihdetapauslaskennassa voidaan tarkastella päihde-ehdoista asiointia koko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kuitenkin vain osa päihdeongelmaisista hakee apua ongelmiinsa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä. Australiasa palvelujärjestelmää tutkineen Alison Ritterin ja kumppaneiden (2013) kehittämässä mallissa potentiaalisiksi palvelun tarvitsijoiksi määritellään henkilöt, joilla on päihdediagnoosi, jotka käyttävät päihteitä ongelmallisesti tai ovat päihteiden riskikäyttäjiä. Malli jakaa palvelun tarvitsijat neljään ryhmään: 1) niihin, jotka tarvitsevat, hakevat ja saavat palvelua, 2) niihin, jotka tarvitsevat palvelua, hakevat sitä, mutta eivät sitä saa, 3) niihin, jotka voisivat hyötyä palveluista, mutta eivät hakeudu palveluiden piiriin tai kieltäytyvät niistä, sekä 4) niihin, jotka saavat palvelua, mutta eivät hyödy siitä. (Ritter & al. 2013.) Näistä neljäs-

tä ryhmästä kertyy tietoa eri tavoin ja osin vain välillisesti tietopohjassa hyödynnettäväksi.

Malli tuo esiin sen, että vain osa päihdepalveluiden tarpeesta tulee esiin tutkimalla palveluissa asiointia. Tämä haastaa tarkastelemaan auttamisjärjestelmää välillisin indikaattorein. Tanja Hirschovits-Gerz ja kumppanit (2016) käyttivät päihdepalveluiden tarvetta kuvaavina indikaattoreina päihteiden riskikäyttöä, lieveilmiöitä kuvaavia muuttujia, kuten rikostilastoja, sosiaalista huono-osaisuutta sekä mielenterveysindeksiä. Tutkimus osoitti, että kunnissa esiintyvä palveluiden tarve näyttäytyy erilaisena riippuen siitä, millaisia muuttujia tarkastelussa käytetään. (Hirschovits-Gerz & al. 2016.)

Päihdeiden ongelmakäytön hoito ja kuntoutus edellyttävät monialaista ja sektorirajat ylittävää osaamista. Päihdeongelman luonteen vuoksi tulee kiinnittää erityistä huomiota tarpeenmukaisten palveluiden saavutettavuuteen myös silloin, kun ihmisen kyky, halu tai mahdollisuus tehdä hoitoaan koskevia valintoja on heikentynyt (vrt. keskustelu valinnanvapauslainsäädännön uudistamisesta). Päihdeongelmaiset tarvitsevat paljon ja monesti samanaikaisia yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015; Leskelä & al. 2013). Tämä edellyttää kykyä tunnistaa ja arvioida päihdepalveluiden tarvetta sekä erilaisten palvelukokonaisuuksien yhteensovittamista.

Kun tarkastellaan palveluiden käytön rinnalla palveluiden tarvetta, sitä on syytä tarkastella myös yksilötasoa laajemmin sosiaali- ja terveyspoliittisena kysymyksenä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla ei voida vastata päihteiden rinnalla muihin huono-osaisuuden syrjäytymisen taustalla oleviin tekijöihin, kuten esimerkiksi oppimisvaikeuksien vuoksi matalaksi jäävään koulutustasoon, osatyökykyisten huonoihin työllistymismahdollisuuksiin, köyhyyteen tai asunnottomuuteen. Päihdeongelmaisille matalakynnyksisesti saatavilla olevien palvelujen lisäksi on käytettävä sellaisia yhteiskuntapolitiikan keinoja, joilla voidaan ehkäistä ja vähentää sosiaalista huono-osaisuutta.

Saapunut 27.3.2017  
Hyväksytty 8.11.2017

## KIRJALLISUUS

- Ala-Nikkola, Taina & Pirkola, Sami & Kontio, Raija & Joffe, Grigori & Pankakoski, Maiju & Malin, Maija & Sadeniemi, Minna & Kaila, Minna & Wahlbeck, Kristian: Size Matters – determinants of modern, community-oriented mental health services. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11 (2014): 8, 8456–74.
- Ala-Nikkola, Taina & Sadeniemi, Minna & Kaila, Minna & Saarni, Samuli & Kontio, Raija & Pirkola, Sami & Joffe, Grigori & Oranta, Olli & Wahlbeck, Kristian: How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. *BMC Psychiatry* 16 (2016): 289.
- Bennett, Hanna & Hakkarainen, Pirkko & Tourunen, Jouni: Työelämä ja alkoholin haitat. Kyselytutkimus Päihdehaitat hallintaan -suositusten toteutumisesta työpaikoilla. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 64. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 2016.
- Hirschovits-Gerz, Tanja & Kuussaari, Kristiina & Steinius, Kerstin & Tammi, Tuukka: Miten päihdepalveluiden tarvetta on mahdollista mitata? Esimerkinä tarveanalyysissa seitsemän kuntaa. *Yhteiskuntapolitiikka* 81 (2016): 2, 195–205.
- Hirschovits-Gerz, Tanja & Kuussaari, Kristiina & Steinius, Kerstin & Tammi, Tuukka: Estimating the needs of substance abuse services (arvioitavana 9/2017)
- Kaukonen, Olavi: Torjunta vai poisto? Päihdepalveluiden jakaantuminen hyvinvointivaltiossa. Tutkimuksia 107. Helsinki: Stakes, 2000.
- Kekki, Tuula & Partanen, Airi: Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Helsinki: Stakes, 2008.
- Kivistö, Marketta & Logren, Aija & Kujasalo, Anne & Luurila, Katrimaija & Hirvonen, Leena: Työhyvinvointia edistävien toimintatapojen implementointi työpaikalla – esimerkkinä AHA -toimintatapa. Alkoholihaitat hallintaan -hanke 2011–2013. Helsinki: Työterveyslaitos, 2014.
- Kuussaari, Kristiina & Ronkainen, Jenni-Emilia & Partanen, Airi & Kaukonen, Olavi & Vormaa, Helena: Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2012): 6, 640–655.
- Kuussaari, Kristiina & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Samposalo, Hanna & Vormaa, Helena: Päihdepalveluiden rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015. *Yhteiskuntapolitiikka* 82 (2017): 3, 262–273.
- Hallituksen esitys sote- ja maakuntauudistuksesta 2.3.2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3223876/tiivistelmä-sote-ja-maakuntauudistuksen-lainsaadannosta-2.3.2017.pdf> (luettu 26.9.2017)
- Leskelä, Riikka-Leena & Komssi, Vesa & Sandström, Saana & Pikkujämsä, Sirkku & Haverinen, Anna & Olli, Sirkka-Liisa & Ylitalo-Katajisto, Kirsti: Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 68 (2013): 48, 3163–69.
- Lönnqvist, Jouko & Partti, Krista & Perälä, Jonna & Saarni, Samuli I. & Saarni, Suoma & Suokas, Jaana & Suvisaari, Jaana & Tuulio-Henriksson, Annamari & Vertiö, Satu: Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. *Suomen Lääkärilehti* 67 (2012): 11, 863–869.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016: 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016.
- Mikkola, Merja & Rintanen, Hannu & Nuorteva, Leena & Kovasin, Merja & Erhola, Marina: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Raportti 8/2015. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.
- Mäkelä, Pia & Martikainen, Pekka & Peltonen, Markku: Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Tutkimuksesta tiiviisti 4, maaliskuu 2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.
- Nuorvala, Yrjö & Huhtanen, Petri & Ahtola, Raija & Metso, Leena: Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauslaskenta 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (2008): 6, 659–668.
- Oksanen, Jukka: Terapeuttinen allianssi sosiaaliterapeutin työssä. A-klinikkasäätiön raporttisarja 55. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 2009.
- Partanen, Airi & Kuussaari, Kristiina & Forsell, Martta & Varis, Tuomo: Päihdepalvelut. S. 189–207. Teoksessa Kunnallistalouden ja –hallinnon neuvottelukunta. Peruspalvelujen tila – raportti 2014. II osa –liiteosa. Valtiovarainministeriön julkaisu ja 9/2014. Helsinki: Valtiovarainministeriö, 2014.
- Päihdehuoltolaki (1986/41)
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2016. Suomen virallinen tilasto (SVT). Sosiaaliturva 2016. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2016.
- Ritter, Alison & Chalmers, Jenny & Sunderland, Matthew: Planning for drug treatment services: estimating population need and demand for treatment. Drug Policy Modelling Program, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales. 2013. [http://www.issdp.org/conference-papers/2013/2013\\_papers/Ritter%20A%20-%20Planning%20for%20drug%20treatment%20services.pdf](http://www.issdp.org/conference-papers/2013/2013_papers/Ritter%20A%20-%20Planning%20for%20drug%20treatment%20services.pdf) (luettu 15.9.2017)
- Salmisaari, Timo: Tuollainen voikin onnistua – viiden vuoden tarkastelua kaleidoskoopin läpi. S. 183–219. Teoksessa Partanen, Airi & Moring, Juha & Bergman, Viveca & Karjalainen, Jouko & Markkula, Jaana & Marttunen, Mauri & Mustalampi, Saini & Nordling, Esa & Partonen, Timo & Santalahti, Päivi & Solin, Pia & Tuulos, Tytti & Wuorio, Sanna (toim.): Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpäperi 20/2015. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.
- Simojoki, Kaarlo: Ikäihmisten alkoholinkäytön riskit, tunnistaminen ja hoito. *Suomen Lääkärilehti* 71 (2016): 6, 403–407.
- Simojoki, Kaarlo & Kaarne, Tiina: Alkoholiriippuvuu-

den hoito työterveyshuollossa – kohti toimivia ja vaikuttavia hoitokäytäntöjä. Suomen Lääkärilehti 71 (2016): 6, 424–425.

Sosiaalihuoltolain soveltamisopas, päivitetty opas 7.12.2016. <http://stm.fi/documents/1271139/1352015/Sosiaalihuoltolain+soveltamisopas.pdf> (luettu 9.3.2017)

Stenius, Kerstin & Kekki, Tuula & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi: Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012): 2, 167–175.

Stenius, Kerstin & Tammi, Tuukka & Kuussaari, Kristiina & Hirschovits-Gerz, Tanja. S. 171–182. Vainuttaako mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio? Palvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen

kohteena. Teoksessa Partanen, Airi & Moring, Juha & Bergman, Viveca & Karjalainen, Jouko & Markkula, Jaana & Marttunen, Mauri & Mustalampi, Saini & Nordling, Esa & Partonen, Timo & Santalahti, Päivi & Solin, Pia & Tuulos, Tytti & Wuorio, Sanna (toim.): Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpäpaperi 20/2015. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.

Tammi, Tuukka & Stenius, Kerstin: Capabilities for handling complex substance abuse problems and its relationship to the treatment system: Using the DDCAT instrument to explore local treatment systems in Finland. Nordic studies on Alcohol and Drugs 31 (2014), 45–58.

## ENGLISH SUMMARY

*Hanna Samposalo & Kristiina Kuussaari & Tanja Hirschovits-Gerz & Olavi Kaukonen & Airi Partanen & Helena Vormä: Equal services for all? Substance abusers in the social welfare and health care system in south-eastern Finland and Lapland (Tarpeenmukaiset palvelut kaikille? Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Kaakkois-Suomen ja Lapin alueilla)*

This article explores substance abusing clients' use of social welfare and health care services in the regions of South Karelia, Kymenlaakso and Lapland. It identifies the types of substance abusing clients who were reached and the kind of services they received. The study is based on survey data on intoxicant-related cases in the Finnish social welfare and health care system gathered on a single day in 2015.

Service availability for substance abusers differs from region to region across Finland. Furthermore, the need for substance abuse services remains poorly understood

in the Finnish social welfare and health care system. Based on an examination of 798 intoxicant-related cases, our study shows that the number of these cases differs across the regions of south-eastern Finland and Lapland. In addition, service use is focused on different areas of the service system. In South Karelia, the main demand is on health care services; in Kymenlaakso on special services for substance abusers; and in Lapland on social welfare services. We found that one client received a number of different types of services during one visit.

If service needs differ so sharply from region to region, that should be reflected in the provision of services. This article provides information to support implementation of the health, social services and regional government reform, which is aimed at ensuring equal access to treatment irrespective of place of residence.

**Keywords:** social welfare and health care system, substance abuse services, substance abuse, intoxicant-related cases, region.